

川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課介護基盤係あて

**参加申込書**

**事例発表＆講演会（２/１５）に参加します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **サ ー ビ ス 種 別** |  |
| **参加人数** |  |
| **出席者の職種を**  **■にしてください。** | **□施設長・管理者□介護支援専門員**  **□生活相談員□サービス提供責任者**  **□看護職員　□介護職員**  **□福祉用具専門相談員**  **□その他（　　　　　　　　　）** |
| **連　絡　先**  **（必須）** | **電　話　番　号： ―　　　 　―**  **メールアドレス：**  **担 　　　当：** |
| **講演内容である「ＬＩＦＥ」**  **について知りたいことがありましたら、ご記入ください。** |  |

**FAX：０４４－２００－３９２６ もしくは**

**TEL：０４４－２００－２４５４ もしくは**

**MAIL：**[**40kosui@city.kawasaki.jp**](mailto:40kosui@city.kawasaki.jp)にてお申し込み下さい

**※申込期日　令和５年２月１０日（金）**